

Hospital Universitario «Miguel Server», Zaragoza (España)

Hernia de Spiegel. Revisión a propósito de 8 casos

Dr. Rafael Cerdán Pascual,¹ Dra. Sonia Cantín Blázquez,² Dr. José Ignacio Barranco Domínguez,³
Dr. Joaquín Bernal Jaulín⁴ y Dra. M^a Victoria Duque Mallén⁵

RESUMEN

La hernia de Spiegel es una rara variedad de defecto herniario de la pared abdominal. Su diagnóstico y tratamiento continúa siendo un tema controvertido, fundamentalmente por su diversa e infrecuente presentación. Estas hernias aparecen a través de la línea semilunar de Spiegel, zona de transición entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen. Se extienden desde el reborde costal hasta el pubis, si bien el lugar más frecuente de su aparición es por debajo del ombligo. Muchas veces son de difícil diagnóstico al estar situadas por debajo de la aponeurosis del músculo oblicuo mayor y no hacerse patentes clínicamente. Se realiza un estudio retrospectivo de los 8 pacientes intervenidos de esta hernia en nuestro centro. Se analizan los factores epidemiológicos, diagnóstico, tipo y técnica quirúrgica, morbilidad, estancia hospitalaria y recidivas.

Palabras clave: Hernia de Spiegel, hernias de la pared abdominal.

Las hernias de Spiegel representan aproximadamente el 1 % de todas las hernias que se operan en la pared abdominal. Al respecto se han publicado poco más de un millar de casos en la literatura médica mundial.^{1,2} Este tipo de hernias se localiza en el borde externo de la línea semilunar descrita por Spiegel en 1645 (Fig. 1), en la zona de unión entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen, que se extiende desde el reborde costal hasta el pubis. Así pues, en estas hernias el saco peritoneal sale a través de un defecto de la fascia spiegeliana.² Se han descrito casos en los que el defecto era congénito pero en la mayoría de los casos es adquirido.³

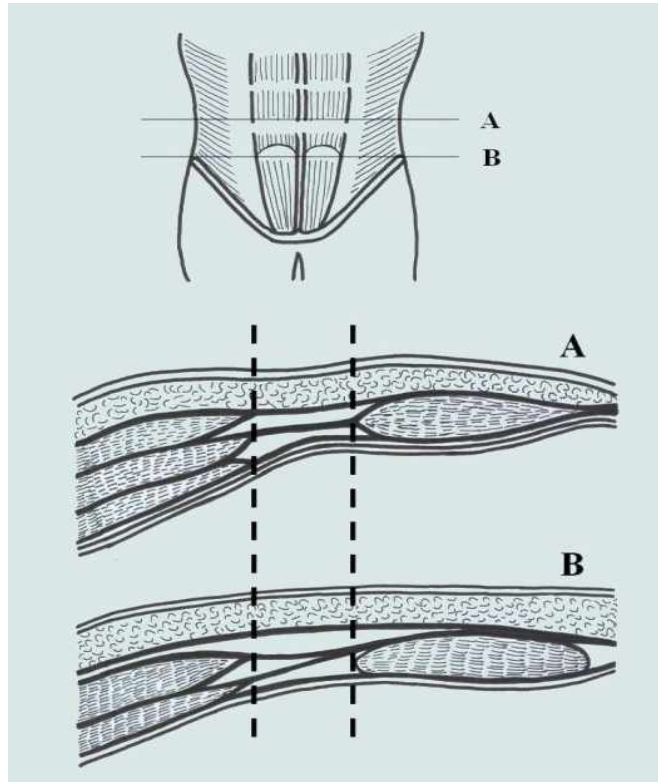


Figura 1. Esquema anatómico del área de Spiegel (zona comprendida entre las dos líneas discontinuas).

La primera descripción de este proceso corresponde a Klinkosch en 1764. Como factores causales asociados a dicho defecto se han considerado la obesidad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la cirugía previa y los traumatismos abdominales. La mayoría de estas hernias aparecen por debajo del ombligo,² en la zona de Spangen, que está situada entre la línea interespinal y otra línea paralela a la anterior situada 6 cm. por encima.⁴ La proporción entre las del lado derecho y el izquierdo es similar y son más raras las bilaterales.⁵ Se presenta con más frecuencia en mujeres y a partir de la quinta década de la vida,^{6,7} aunque se han descrito casos antes de los 20 años de edad,⁴ sobre todo asociados a la obesidad.⁸

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y muy variables. Suelen consistir en dolores abdominales mal localizados o referidos a la propia zona herniaria (sobre todo en casos de orificio herniario pequeño)³, que aumentan con la tos o el ejercicio y desaparecen con el decúbito.⁵ El diagnóstico de sospecha suele establecerse al palpase la tumoración, pero en ocasiones no se detectan durante la exploración ya que el saco herniario, a veces pequeño, se oculta bajo la aponeurosis del oblicuo mayor.⁵ Así pues no es raro que algunos autores como *Stirnemann*⁹ cifren hasta el 50 % de casos de diagnóstico incorrecto. En los casos de duda es recomendable la realización de ecografía o tomografía axial computadorizada (TAC) (Fig. 2).^{10,11} La cirugía laparoscópica constituye en la actualidad otro método diagnóstico que va cobrando importancia paulatinamente. Las series españolas publicadas

hasta la fecha se caracterizan por su pequeño número de casos, entre las cuales destaca la de *Moreno-Egea* y cols. con 27 pacientes.¹² Esto explica, en parte, la falta de sistematización en el tratamiento de esta enfermedad.²

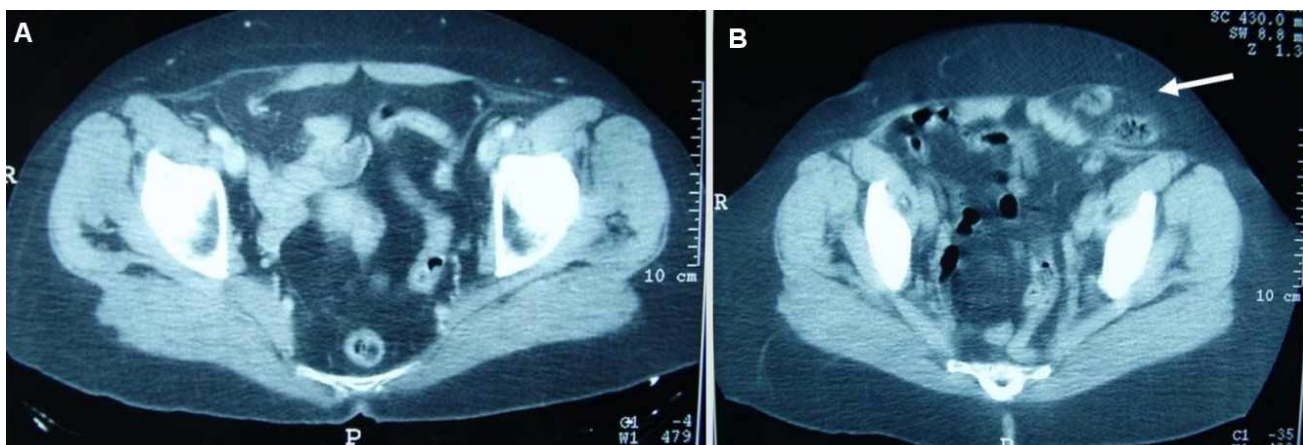


Figura 2. Imágenes de TAC. A, Hernia de Spiegel derecha, en situación intramural y no accesible a la exploración clínica. B, Hernia de Spiegel izquierda, que se presentaba a la exploración clínica como una masa que protuía en la pared abdominal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados y tratados por hernia de Spiegel en nuestro hospital entre los años 1999 y 2004. Los parámetros evaluados han sido: clínicos (edad, sexo, enfermedades asociadas, cirugía abdominal previa, localización y otras hernias asociadas), forma de diagnóstico (clínico, radiológico o postoperatorio), tipo y forma de tratamiento (urgente o programado, herniorrafia o hernioplastia), complicaciones y morbilidad postoperatoria, estancia hospitalaria y tasa de recidivas. El seguimiento medio ha sido de 2,37 años (rango: 2-4 años).

RESULTADOS

Entre enero de 1999 y diciembre de 2004 han sido tratados en nuestro Servicio 8 pacientes con el diagnóstico de hernia de Spiegel. El 87,5 % de nuestros pacientes fueron mujeres y la ubicación más frecuente fue en el lado derecho (62,5 %). La media de edad de nuestros casos era de 70,37 años (61-94). El 62,5 % de los casos presentaban factores de riesgo asociado (obesidad en 2 casos, EPOC en 1 caso, y laparotomías previas en otros 2 casos). Uno de nuestros pacientes presentaba hernia de Spiegel izquierda asociada a hernia inguinal derecha. En el 87,5 % de los casos el diagnóstico fue preoperatorio y se realizó por exploración física (masa palpable en la pared abdominal). No obstante, este diagnóstico se confirmó por TAC en 2 pacientes, la cual fue solicitada concretamente en los casos en los

que se asociaban laparotomías previas para descartar otros fallos de pared. Sólo uno de nuestros pacientes fue intervenido sin un diagnóstico correcto, pues se trataba de un defecto parietal bajo que se confundió con una hernia inguinal.

La intervención se realizó electivamente en el 62,5 % de los casos y de forma urgente en el resto (por incarceration dolorosa). En todos los pacientes el defecto herniario fue reparado mediante malla de material sintético, concretamente politetrafluoroetileno expandido (PTFE) preperitoneal en 2 casos y polipropileno supraaponeurótico en el resto. Sólo en 2 pacientes (los casos asociados a obesidad) se dejó un drenaje aspirativo que se retiró a las 48 h. En ningún caso de los operados de urgencia fue necesaria la resección intestinal. El tiempo medio de la intervención fue de 42 min (30-52). No hubo complicaciones a nivel local y el tiempo medio de estancia fue de 5,87 días (4-10). Sólo uno de nuestros pacientes presentó postoperatoriamente un cuadro de dolor abdominal recurrente cuya causa no llegó a conocerse. No se han detectado recidivas con un tiempo de seguimiento medio de 2,37 años, aunque el paciente con EPOC presentó al cabo de 1 año de la intervención una hernia inguinal izquierda de la cual ya ha sido tratado.

DISCUSIÓN

Las hernias de Spiegel son generalmente intersticiales y su saco está cubierto por la fascia del músculo oblicuo externo, lo que contribuye a dificultar el diagnóstico. Además, las más bajas se pueden confundir con una hernia inguinal.

La presencia de factores predisponentes debe ser el punto de partida para orientar correctamente la historia clínica. *Ríos* y colaboradores los encuentran en el 100 % de sus pacientes.¹³ *Artioukh* y *Walker* refieren la presencia de dichos factores en el 79 %, cifra superior al 62,5 % encontrada por nosotros.¹⁴ La presencia de dolor también es inconstante y oscila en la bibliografía entre el 31 % y el 86 % de las series.^{14,15} Tras la historia clínica, la exploración física es fundamental para orientar el diagnóstico, aunque no siempre es posible apreciar el tumor herniario o localizarlo correctamente en la fascia de Spiegel. *Moles* y cols. refieren el 12,5 % de casos sin tumoración palpable,¹⁶ por tanto aunque el diagnóstico debería realizarse de forma clínica en la mayoría de los pacientes, es aconsejable la realización de una ecografía o tomografía en los casos de duda diagnóstica.^{10,11} En la actualidad, en aquellos centros donde se pueda realizar, la laparoscopia cumple un papel importante como medio diagnóstico, con la ventaja de poder tratar la hernia por este abordaje. La TAC y la ecografía pueden ayudar considerablemente al diagnóstico, sobre todo en lo concerniente a la localización exacta del defecto, el tamaño, las relaciones de vecindad y el contenido del saco, información importante para elegir adecuadamente el abordaje quirúrgico. No obstante, la TAC proporciona más información sobre el contenido herniario.²

A pesar de todo, todavía existe un porcentaje de pacientes que precisan cirugía urgente. Dicho porcentaje oscila entre el 21 % y el 33 % según los autores consultados.^{14,17} En nuestra serie el diagnóstico preoperatorio se obtuvo en el 90 % de los casos y en la bibliografía oscila entre el 47 % y el 92 %.^{14,18} Si se puede llegar a un diagnóstico preoperatorio, entonces es posible elegir la técnica quirúrgica más adecuada a las

características del paciente y al tipo de hernia: cierre simple por sutura, plastias musculares, plastias con prótesis, laparoscopia intraabdominal o extraperitoneal.

Los resultados con las técnicas clásicas (no laparoscópicas) son buenos en cuanto a morbilidad y recidivas, pero precisan habitualmente ingreso hospitalario,^{13,16-18,19,20} entre otros motivos porque requieren una incisión y disección amplias para localizar y reparar el defecto con una buena exposición de sus márgenes. En 1992 *Carter y Mizes* publicaron la primera corrección laparoscópica intraabdominal,²¹ y en España lo hicieron *Salvador* y cols. en 1995.²²

Sin embargo, la vía intraabdominal convierte la cirugía parietal en intracavitaria, con el posible riesgo añadido de lesión visceral y de obstrucción postoperatoria. El abordaje laparoscópico totalmente extraperitoneal^[23] podría evitar dichos inconvenientes y permitir reparar el defecto desde su origen en la pared abdominal posterior.²⁴ Dado que todos nuestros pacientes fueron intervenidos mediante técnicas clásicas, no tenemos ninguna experiencia sobre el abordaje laparoscópico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Devlin B, Kingsnorth A, eds. Management of abdominal hernias. 2nd ed. London: Chapman & Hall Medical; 1998.
2. Spangen L. Spigelian hernia. En: Nyhus LM, Condon RE, eds. Hernia. 14th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1995. pp. 381-92.
3. Fernández Fernández L, Roig García J, Monzón Abad A, Gómez Portilla A, Pellicer Espligares JL, Tieso Herreros A, *et al.* Hernia de Spiegel: a propósito de siete casos. Rev Esp Enf Ap Digest. 1989; 75: 267-70.
4. Gómez Portilla A, Hernández Lizoain JL, De Oca J, Zornoza G. Hernia de Spiegel. Aportación de 3 nuevos casos. Rev Esp Enf Ap Digest. 1987; 71: 247-9
5. Zaragoza C, Villalba S, Castaño S, Trullenque R. Hernia de Spiegel. Cir Esp. 1996; 59: 165-7.
6. Adell Carceler R, Salvador Sanchís JL, Laguna Sastre M, Navarro Navarro J, Gibert Gerez J, Escrig Sos J, *et al.* Hernia de Spiegel. Formas de presentación clínica y alternativas terapéuticas. Cir Esp. 1996; 60: 14-16.
7. Ondo Ndong F, Lorofi R, Comes G, Bellamy J y Diané C. Les hernies de Spiegel. A propos d'une série de 31 cas. J Chir (Paris). 1992; 129: 210-12.
8. Alexandre JH, Bouillot JL. Traitement chirurgical des hernies de Spiegel ou hernies ventrales latérales ou antérolatérales. France: Editions Techniques ; 1991. pp. 40-151.
9. Stirnemann H. The Spigelian hernia: missed? Rare? Puzzling diagnosis? Chirurg. 1982; 53:314-7.
10. Mufid MM, Abu-Yousef MM, Kakish ME, Urdaneta LF, Al-Jurf AS. Spigelian hernia: diagnosis by high-resolution real-time sonography. J Ultrasound Med. 1997;16: 183-7.
11. Shenouda NF, Hyames BB, Rosenblum MB. Evaluation of spigelian hernia by CT. J Comput Assist Tomogr. 1990; 12:777-8.

12. Moreno-Egea A, Flores B, Aguayo JL, Canteras M. La hernia de Spiegel en España: revisión bibliográfica y presentación de una serie personal de 27 pacientes. *Cir Esp.* 2002; 77(1):18-22.
13. Ríos A, Rodríguez JM, González R, Ortiz S, Carrasco M, Parrilla P. Hernia de Spiegel: múltiples presentaciones de una hernia poco frecuente. *Cir Esp.* 1999; 65:123-6.
14. Artioukh DY, Walker SJ. Spigelian herniae: presentation, diagnosis and treatment. *J R Coll Surg Edinb.* 1996; 41:241-3.
15. Fernández L, Roig J, Monzón A, Gómez A, Pellicer J, Tieso A, *et al.* Hernia de Spiegel: a propósito de siete casos. *Rev Esp Enf Ap Digest.* 1989;75:267-70.
16. Moles L, Fernández J, Ortiz C, Quinta R, Dí az E, Ramos J. Hernia de Spiegel. A propósito de 16 casos. *Cir Esp.* 2000; 67:572-5.
17. Popovici A, Munteanu I. Spigelian hernias. The authors' own experience and a review of the literature. *Chirurgia.* 1997; 92: 179-86.
18. Daban F, Capitán JM, Jiménez J, Mezquita S, Nogales J, Cobo G. Hernia de Spiegel. Nuestra experiencia. *Cir Esp.* 1992; 52: 45-8.
19. Coda A, Mattio R, Bona A, Filippa C, Ramellini G, Ferri F. Spigelian hernia: an up-to-date. *Minerva Chir.* 2000; 55: 437-41.
20. Sánchez-Montes I, Deysine M. Spigelian hernias. A new repair technique using preshaped polypropylene umbrella plugs. *Arch Surg.* 1998; 133: 670-2.
21. Carter JE, Mizes C. Laparoscopic diagnosis and repair of spigelian hernia: report of a case and technique. *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 167:77-8.16.
22. Salvador JL, Laguna M, Adell R, García R, Gibert J. Reparación de la hernia de Spiegel por vía laparoscópica. *Rev Esp Enferm Dig.* 1995; 87: 759-60.
23. Moreno-Egea A, Torralba JA, Aguayo JL. Totally extraperitoneal laparoscopic repair of spigelian hernia. *Eur J Coeliosurg.* 1999; 32: 83-4.
24. Moreno-Egea A, Girela E, Torralba JA, Aguayo JL. Descripción de la técnica laparoscópica totalmente extraperitoneal en el tratamiento de la hernia de Spiegel. *Vídeo-Review of Surg.* 2000; 2 :23-7.

Recibido: 28 de noviembre de 2005. Aprobado: 15 de febrero de 2006.

Dr. Rafael Cerdán Pascual. Hospital Universitario «Miguel Servet», Unidad de Cirugía Esófago-gástrica. Pº Isabel la Católica 1-3. 50009-Zaragoza (España).

Correo electrónico: jorge_siro@yahoo.es

¹Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Médico Adjunto (Unidad de Cirugía Esófago-gástrica) del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario «Miguel Servet», Zaragoza.

²Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Médico Adjunto (Unidad de Cirugía Esófago-gástrica) del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario «Miguel Servet», Zaragoza.

³Licenciado en Medicina y Cirugía. Residente de 5.º año de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario «Miguel Servet», Zaragoza.

⁴Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Profesor Asociado del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina (Universidad de Zaragoza).

⁵Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Médico Adjunto (Unidad de Cirugía Mínimamente Invasiva) del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario «Miguel Servet», Zaragoza.

